

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAPAK. B YANG MENGALAMI
GANGGUAN ELEKTROLIT (HIPONATERMIA) DI RUANG FLAMBOYAN
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

KARYA TULIS ILMIAH



Oleh :

NABILA

NIM : 1311308210781

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI
ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH SAMARINDA 2016**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut WHO (*World Health Organisation*) Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahap akhir dari fase kehidupannya.

Dengan bertambahnya usia fungsi fisiologis mengalami penurunan akibat proses degenerative (penuaan) sehingga penyakit-penyakit tidak menular banyak muncul pada usia lanjut. (Kemnkes, 2013).

Berdasarkan data Sensus (2014) diketahui jumlah lansia di Indonesia mencapai 20,24 juta jiwa setara dengan 8,03% dari seluruh jumlah penduduk Indonesia.

Peningkatan jumlah usia lanjut dihadapi oleh hampir semua negara didunia, termasuk Indonesia. Menurut laporan data demografi penduduk internasional yang dikeluarkan oleh *Bureau of the census USA* bahwa di Indonesia ledakan populasi lanjut usia diperkirakan meningkat sebesar 414% pada tahun 2025 nanti. Dengan jumlah usia lanjut yang meningkat, maka resiko terjadinya gangguan kesehatan pada usia lanjut juga akan semakin besar salah satu gangguan kesehatan yang sering dijumpai pada usia lanjut adalah gangguan keseimbangan elektrolit (Sriwaty, 2007).

Elektrolit merupakan senyawa di dalam larutan yang berdisosiasi menjadi partikel yang bermuatan (ion) positif atau negatif. Sebagian besar proses metabolisme memerlukan dan dipengaruhi oleh elektrolit. Konsentrasi elektrolit yang tidak normal dapat menyebabkan banyak gangguan. Natrium adalah kation terbanyak dalam cairan ekstrasel, kalium kation terbanyak dalam cairan intrasel dan klorida merupakan anion terbanyak dalam cairan ekstrasel. Jumlah natrium, kalium dan klorida dalam tubuh merupakan cermin keseimbangan antara yang masuk terutama dari saluran cerna dan yang keluar terutama melalui ginjal. (Sriwaty, 2007)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Sriwaty, 2007) terhadap gangguan elektrolit yang diderita oleh pasien geriatri di bangsal Penyakit Dalam RS Dr.Kariadi Semarang Selama satu tahun didapatkan 742 responden, dan yang mengalami gangguan elektrolit sebesar 637. Usia termuda 60 tahun dan usia tertua 85 tahun. Kelompok usia terbanyak yang mengalami gangguan elektrolit adalah kelompok usia 65 – 69 tahun sebanyak 240 (37,7%). Laki-laki yang mengalami gangguan elektrolit sebesar 420 (65,9%), perempuan sebesar 217 (34,1%). Jenis gangguan elektrolit yang terjadi adalah hiperklorida sebesar 224 (35,2%), kemudian hiponatremi sebesar 133 (20,9%). Pada pasien geriatri gangguan keseimbangan elektrolit dapat terjadi

karena adanya beberapa faktor yang berperan. Ditampilkan jenis gangguan elektrolit pada lanjut usia. Disini terlihat bahwa hiperklorida menempati urutan pertama sebesar 224 (35,2%) diikuti hiponatremi sebanyak 133 (20,9%), kemudian hiperkalemi sebanyak 70 (11,0%), diikuti hipokalemi 63 (9,9%), hipernatremi 49 (7,7%), hipoklorida dan hipokalsemi sebesar 28 (4,4%), kemudian hiperkalemi dan hipermagnesemi 21(3,3%).

Hiponatremia merupakan gangguan yang paling sering ditemui pada usia lanjut. Pada usia lanjut, hiponatremi dilusional merupakan mekanisme mendasari yang cukup sering terjadi namun yang paling sering adalah karena *Syndrome of Inappropriate AntiDiuretic Hormon secretion* (SIADH). Risiko utama timbulnya perburukan hiponatremia adalah pemberian cairan hipotonik. Rendahnya asupan natrium disertai pengaruh proses menua dengan gangguan ginjal dalam menahan natrium memudahkan terjadinya kehilangan natrium dan terjadi hiponatremia.

Kejadian hiponatremia dalam sebuah penelitian menunjukkan bahwa ada sebesar 31,3% (21 orang dari 67) selama periode 6 bulan dan 62% kasus hiponatremia ini berhubungan dengan pemasangan kembali osmostat. (Liangkungchen et al, 2006).

Berdasarkan pada data bulai Mei tahun 2016 di Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda khususnya di

ruang Flamboyan diketahui kasus gangguan elektrolit yang disebabkan oleh penyakit lain ditemukan sebanyak 34 kasus. Oleh karena itu dibutuhkan keterampilan dan kemampuan dari perawat untuk mengatasi hal tersebut. Keberhasilan berbagai intervensi yang membantu penyelesaian masalah tidak lepas dari pendekatan proses keperawatan yang dilakukan sebagai metode pemecahan masalah, baik pada saat perawatan maupun setelah perawatan, sehingga pasien benar-benar dapat pulih kembali dan beradaptasi dengan kondisinya saat ini tanpa menimbulkan komplikasi atau setidaknya tidak memperburuk keadaan.

B. Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah dalam karya tulis ilmiah ini adalah :
“Bagaimana pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada pasien Bapak B yang mengalami gangguan elektrolit (Hiponatermia) di ruang flamboyan RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda?”

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Tujuan umum dari karya tulis ilmiah ini adalah memperoleh gambaran dan pengalaman nyata secara langsung tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada pasien Bapak B yang mengalami gangguan elektrolit (Hiponatermia) yang sedang dirawat di ruang flamboyan RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda.

2. Tujuan khusus

Tujuan khusus dari karya tulis ilmiah ini adalah memperoleh gambaran dan pengalaman secara langsung tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada pasien Bapak B yang mengalami gangguan elektrolit (Hiponatermia) di ruang Flamboyan Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Syahrani Samarinda dan menganalisa kesenjangan-kesenjangan antara teori dan kasus khususnya dalam hal :

- a. Pengkajian
- b. Diagnosa Keperawatan
- c. Perencanaan
- d. Pelaksanaan
- e. Evaluasi

D. Metode Penulisan

Melalui penulisan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan proses keperawatan. Adapun metode pengumpulan data yang di gunakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

1. Wawancara

Melakukan Tanya jawab langsung antara pasien dan juga keluarga dengan perawat maupun dokter, untuk mengetahui secara pasti kondisi pasien.

2. Observasi

Tehnik ini digunakan secara langsung untuk mengenali dan mengamati berbagai masalah yang timbul pada pasien.

3. Pemeriksaan Fisik

Meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi yang dilakukan untuk memperoleh data sesuai dengan kasus yang dikelola.

4. Studi Dokumentasi

Data diperoleh dari dokumentasi yang terdapat pada catatan perawatan pasien, catatan medis serta catatan dari tim kesehatan lain yang langsung berhubungan.

5. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan digunakan untuk mengumpulkan data teori yang berhubungan dengan isi karya tulis ilmiah tersebut. terdiri dari beberapa sumber lain yang menunjang penulisan karya tulis ilmiah ini.

E. Sistematika Penulisan

Penyusunan karya tulis ilmiah ini terbagi dalam lima bab, yaitu bab satu pendahuluan yang meliputi latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab dua dasar teori yang meliputi pengertian, etiologi, patofisiologi, tanda dan gejala, penatalaksanaan medis, komplikasi (jika ada), pemeriksaan diagnostik dan konsep dasar asuhan keperawatan

meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, tindakan keperawatan, evaluasi dan pendokumentasian. Bab tiga tinjauan kasus meliputi, pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan dan evaluasi pada kasus yang dikelola. Bab empat berisi pembahasan. Bab lima penutup yang meliputi kesimpulan dan saran-saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian

Hiponatermia merupakan kondisi dimana kadar natrium serum kurang dari normal (kurang dari 135 mEq/L atau 135 mmol/L). Konsentrasi natrium plasma menggambarkan rasio natrium tubuh total terhadap air tubuh total. Penurunan rasio ini dapat terjadi dari kuantitas natrium tubuh total yang rendah dengan penurunan yang lebih sedikit pada air tubuh total, kandungan natrium tubuh total yang normal dengan air tubuh total yang berlebihan dan natrium tubuh total yang jauh lebih berlebihan dengan air tubuh total yang jauh lebih berlebihan. Meskipun demikian keadaan hiponatermia dapat menyertai kekurangan volume cairan atau kelebihan volume cairan (Smeltzer dan Bare, 2010).

Elektrolit adalah senyawa di dalam larutan yang berdisosiasi menjadi partikel yang bermuatan ion (positif) atau negatif. Ion yang bermuatan positif disebut dengan kation sedangkan ion yang bermuatan negatif disebut anion. Keseimbangan dari keduanya disebut elektronetralitas. Sebagian besar proses metabolisme memerlukan dan dipengaruhi oleh elektrolit. Konsentrasi elektrolit yang tidak normal dapat menyebabkan banyak gangguan.

Pemeliharaan cairan homeostatis tubuh adalah penting bagi semua kelangsungan hidup organisme. Pemeliharaan tekanan

osmotik dan distribusi beberapa kompartemen cairan tubuh manusia adalah fungsi utama empat elektrolit mayor yaitu natrium, kalium, klorida, dan bikarbonat. Cairan tubuh terdiri dari air dan elektrolit, cairan tubuh dibedakan atas cairan ekstrasel dan intrasel. Cairan ekstrasel meliputi plasma dan cairan intestinal. Natrium adalah kation terbanyak dalam cairan ekstrasel, jumlah biasanya mencapai 60 mEq/kg bb dan sebagian kecil sekitar 10-14 mEq/L berada pada cairan intestinal. Lebih dari 90% tekanan osmotik di cairan ekstrasel ditentukan oleh garam yang mengandung natrium, khususnya dalam bentuk natrium klorida (NaCl) dan natrium Bikarbonat (NaHCO₃) sehingga perubahan tekanan osmotik pada ekstrasel menggambarkan perubahan konsentrasi pada cairan natrium. Perbedaan kadar natrium intravaskuler dengan intestinal disebabkan oleh keseimbangan gibbsdonnan, sedangkan perbedaan natrium dalam ekstrasel dan intrasel disebabkan oleh adanya transport aktif dari natrium keluar sel bertukar dengan masuknya kalium ke dalam sel. Jumlah natrium dalam tubuh merupakan kesimbangan antara natrium yang masuk dengan natrium yang keluar. Pemasukan natrium yang berasal dari diet melalui epitel mukosa saluran cerna dengan proses difusi dan pengeluarannya melalui ginjal atau saluran cerna dan keringat di kulit. Pemasukan dan pengeluaran natrium setiap harinya mencapai 48-144 mEq. Jumlah natrium yang keluar dari

traktus gastrointestinal dan kulit kurang dari 10%. Cairan yang berisi pada konsentrasi natrium berada pada saluran cerna bagian atas hampir mendekati cairan ekstrasel, namun natrium direabsorpsi pada saluran cerna. Keringat merupakan cairan hipotonik yang berisikan natrium dan klorida. Kandungan natrium pada cairan keringat orang normal rerata 50 mEq/L. Jumlah pengeluaran keringat akan meningkat sebanding dengan lamanya periode terpapar pada lingkungan luar, yang panas, latihan fisik dan demam. Eksresi natrium dilakukan oleh ginjal untuk mempertahankan homeostatis natrium yang sangat diperlukan untuk mempertahankan volume tubuh. Natrium difiltrasi bebas di glomerulus direabsorpsi secara aktif 60-65% di tubulus proksimal bersamaan dengan H₂O dan klorida di reabsorpsi secara pasif, sisanya di reabsorpsi di lengkung henle sekitar 25-30%, tubulus distal 5% dan di duktus kolektif 4% dan terakhir di sekresi di urin <1%. Aldosteron menstimulus tubulus distal untuk merabsorpsi natrium bersama air secara pasif dan mensekresi kalium pada sistem renin-angiotensin-aldosteron untuk mempertahankan elektroneutralitas (Yaswir dan Ferawati, 2012)

Natrium mungkin hilang melalui muntah, diare, berkeringat atau mungkin di hubungkan dengan diuretik terutama pada kombinasi diet rendah garam. Defisiensi aldosteron seperti yang terjadi pada

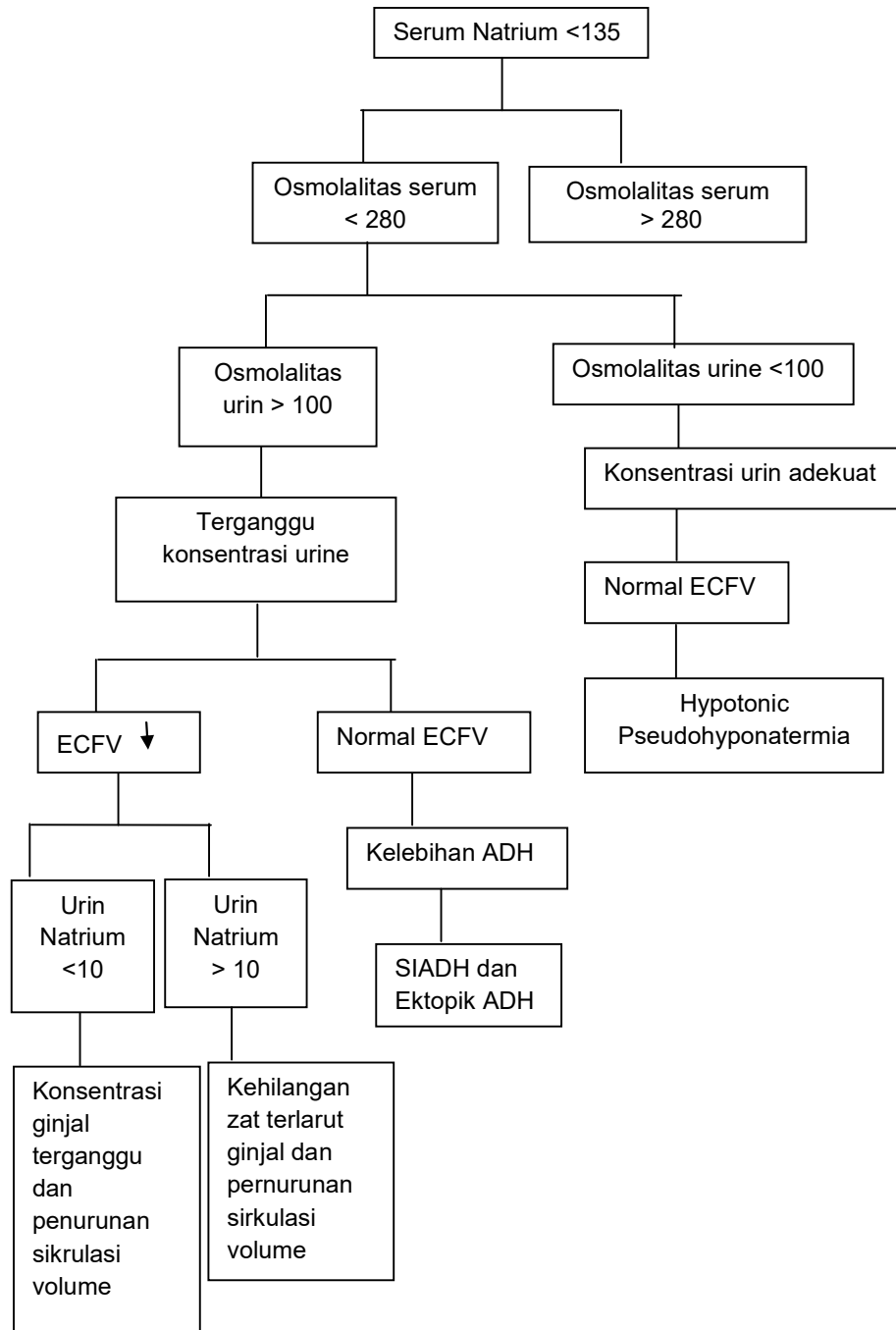
infusensi adrenal juga meningkatkan kecenderungan pasien untuk mengalami defisiensi natrium. (Smeltzer dan Bare, 2010).

Hiponatermia adalah keadaan dimana natrium serum < 135 mEq/L. Hal ini dapat terjadi karena retensi air atau kehilangan berlebihan melalui urin. Gejala awal hiponatermia adalah anoreksia, gangguan pengecap, kram otot. Gejala lanjut meliputi sakit kepala, kelemahan, mual, muntah, kram abdomen, kejang, koma. (Upoyo, dkk, 2015).

B. Etiologi

Kehilangan natrium klorida pada cairan ekstrasel atau penambahan air yang berlebihan pada cairan ekstrasel akan menyebabkan penurunan konsentrasi natrium plasma. Kehilangan natrium klorida primer biasanya terjadi pada dehidrasi hipoosmotik seperti pada keadaan berkeringat selama aktivitas berat yang berkepanjangan, berhubungan dengan penurunan volume ekstrasel seperti diare, muntah-muntah, dan penggunaan diuretik secara berlebihan. Hiponatermia juga disebabkan karena beberapa penyakit ginjal yang menyebabkan glomerulus dan tubulus ginjal, penyakit Addison, serta retensi air yang berlebihan over-hidrasi (hipo-osmotik) akibat hormone anti diuretik. Kepustakaan lain menyebutkan bahwa respon fisiologis dari hiponatermia adalah tertekannya pengeluaran ADH dari hipotalamus (osmolaritas urin rendah) (Yaswir dan Ferawati, 2012)

C. Patofisiologi



sumber : (Yaswir dan Ferawati, 2012).

Dalam kondisi hiponatermia jumlah natrium serum <135 mmol/L. Hal ini menyebabkan air bergerak masuk ke dalam sel, sehingga pasien mengalami kelebihan volume cairan CES dan kelebihan volume CIS. Kondisi-kondisi yang mempengaruhi jenis hiponatermia ini termasuk SIADH, hiperglikemia, dan peningkatan masukan cairan pemberian cairan parenteral yang kurang mengandung elektrolit. SIADH merupakan jenis hiponatermia khusus yang dihubungkan dengan aktivitas hormone anti diuretic (ADH) yang berlebihan disebut sebagai ADH. Gangguan fisiologis dasar pada SIADH adalah aktivitas ADH yang berlebihan dengan retensi air dan hiponatermia delusional dan eksresi natrium pada urin yang tidak sesuai karena terjadinya hiponatermia. SIADH dapat terjadi baik akibat sekresi ADH terus-menerus oleh hipotalamus atau produksi suatu substansi yang mirip ADH dari suatu tumor (produksi ADH yang menyimpang). Kondisi-kondisi sel otak, cedera kepala, gangguan endokrin dan pulmonal, dan penggunaan obat-obatan seperti pitoin, siklofos, famid, vinkristin, dan amitriptilin (Smeltzer dan Bare, 2010).

Hiponatermia yang disertai dengan retensi air yang berlebihan akan menyebabkan dilusi natrium di cairan ekstraseluler. Keadaan hiponatermia dapat ditandai dengan gangguan saluran pencernaan berupa kram, diare, dan muntah (Price, Sylvia, 2006).

D. Tanda dan Gejala

Manifestasi Klinis dari hiponatermia bergantung pada penyebab, keparahan, dan kecepatan terjadinya kekurangan. Meskipun mual dan kram perut muncul kebanyakan gejala bersifat neuropsikiatrik dan kemungkinan berhubungan dengan pembengkakan seluler dan edema serebral yang diakibatkan oleh hiponatermia. Umumnya pasien-pasien yang mengalami penurunan akut dari kadar natrium serum menunjukkan gejala lebih berat dan tingkat mortalitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang mengalami hiponatermia lebih lambat. Gambaran-gambaran hiponatermia yang berhubungan dengan kehilangan natrium dan penambahan air termasuk anoreksia, kram otot, dan perasaan kelelahan. Jika kadar natrium serum turun dibawah 115 mEq/L atau 115 mmol/L tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial, seperti letargi, konfusi, kedutan otot, kelemahan fokal, hemiparese, papiledema, dan kejang mungkin terjadi. (Smeltzer dan Bare, 2010).

E. Penatalaksanaan Medis

Menurut Smeltzer dan Bare (2010) Penatalaksanaan medis hiponatermia terdiri dari :

1. Penggantian Natrium.

Pengobatan yang paling nyata dari hiponatermia adalah pemberian natrium yang hati-hati. Pemberian ini mungkin

diberikan melalui oral dengan nasogastrik atau secara parenteral. Bagi pasien yang mampu makan atau minum penggantian natrium dapat dengan mudah dilakukan, karena natrium banyak terdapat dalam diet normal. Untuk pasien yang tidak mampu menerima natrium pernormal, Larutan Ringer Laktat atau saline isotonis (0,9% natrium klorida) mungkin diberikan. Kebutuhan natrium harian yang lazim pada orang dewasa adalah kurang lebih 100 mEq/L, jika tidak ada kehilangan yang abnormal.

Pada SIADH, saline yang hipertonis saja tidak dapat merubah konsentrasi natrium plasma. Natrium yang berlebihan akan dieksresikan dengan cepat dalam urin yang sangat pekat. Dengan tambahan furosemid (Lasix) urin tidak pekat dan urin isotonis dieksresikan dan mencapai suatu perubahan dalam keseimbangan air. Selain itu pada pasien-pasien yang mengalami SIADH dimana sulit dilakukan pembatasan air, lithium atau democlocyline dapat melawan efek osmotik dari ADH pada tubulus koligentes medularis.

2. Pembatasan air

Jika hiponatemia terjadi pada pasien dengan volume cairan normal atau berlebihan, pengobatan pilihannya adalah pembatasan air. Hal ini jauh lebih aman dibandingkan pemberian natrium dan biasanya cukup efektif. Meskipun demikian jika gejala neurologis timbul mungkin perlu memberikan volume kecil

larutan hipertonis, seperti natrium klorida 3% atau 5%. Penggunaan yang tidak benar dari cairan ini sangat berbahaya hal ini dapat dipahami ketika perawat menganggap bahwa satu liter natrium klorida 3% mengandung 513 mEq natrium dan satu liter liter larutan natrium klorida 5% mengandung 855 mEq natrium.

Larutan natrium yang sangat hipertonis (natrium klorida 3% dan 5%) seharusnya diberikan hanya pada perawatan intensif dibawah observasi yang ketat karena hanya jumlah kecil dibutuhkan untuk meningkatkan kadar natrium serum dari nilai rendah yang berbahaya. Cairan ini diberikan dengan perlahan-lahan dan volume kecil sementara pasien dipantau dengan ketat terhadap terjadinya kelebihan cairan.

F. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan laboratorium awal harus mencakup glukosa, natrium plasma, osmolalitas plasma, fungsi ginjal dan hati, ditambah natrium urin dan osmolalitas urin. Tes-tes lain untuk mendiagnosis penyebab mungkin diperlukan seperti fungsi tiroid, lipid dan fungsi adrenal (Yaswir, Ferawati, 2012).

G. Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan yang ada dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan meliputi :

1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dan dasar bagi seseorang perawat dalam melakukan pendekatan secara sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisa data pengkajian mencakup data yang dikumpulkan melalui wawancara, pengumpulan riwayat kesehatan, pengkajian fisik, pemeriksaan laboratorium dan diagnostik, serta *review* catatan sebelumnya.

Data dasar pengkajian pada pasien dengan gangguan elektrolit (hiponatermia) menurut Doenges (2010) sebagai berikut:

1. Aktivitas/Istirahat

Gejala :

- a. Kelelahan eksterm, kelemahan, malaise.
- b. Gangguan tidur (insomnia/gelisah atau somnolen)

Tanda :

- a. Kelemahan otot, kehilangan tonus, penurunan rentang gerak.

2. Sirkulasi

Gejala :

- a. Riwayat hipertensi lama atau berat
- b. Palpitasi : nyeri dada

Tanda :

- a. Hipertensi, nadi cepat, edema jaringan umum dan pitting pada kaki dan telapak tangan.
- b. Nadi lemah halus, hipotensi ortostatik menunjukkan hipovolemia yang jarang pada penyakit tahap akhir.
- c. Pucat

3. Integritas Ego

Gejala :

- a. faktor stres
- b. Perasaan tak berdaya, tak ada harapan, tak ada kekuatan.

Tanda :

- a. Menolak, ansietas, takut, marah, perubahan kepribadian.

4. Eliminasi

Gejala :

- a. Penurunan frekuensi urine, oliguria, anuria.
- b. Abdomen kembung, diare, konstipasi.

Tanda :

- a. Perubahan warna urin.
- b. Oliguria dapat menjadi anuria.

5. Makanan/Cairan

Gejala :

- a. Peningkatan berat badan cepat, penurunan berat badan.

b. Anoreksia, nyeri ulu hati, mual/muntah.

c. Penggunaan diuretik

Tanda :

a. Distensi abdomen, pembesaran hati (tahap akhir)

b. Penurunan otot, penurunan lemak subkutan, penampilan tak bertenaga.

6. Neurosensori

Gejala :

a. Sakit kepala, penglihatan kabur.

b. Kram otot, kebas atau kesemutan dan kelemahan, khususnya ekstermitas bawah.

Tanda :

a. Gangguan status mental, contoh penurunan perhatian, ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan memori, kacau, penurunan tingkat kesadaran.

b. Rambut tipis, kuku rapuh dan tipis

7. Nyeri/Kenyamanan

Gejala :

a. Nyeri, sakit kepala, kram otot/nyeri kaki

Tanda :

a. Perilaku berhati-hati, distraksi, gelisah.

8. Pernapasan

Gejala :

a. Napas pendek, batuk/tanpa sputum

Tanda :

a. Takipnea, dispnea, peningkatan frekuensi/kedalaman (pernapasan Kussmaul).

b. Batuk produktif

9. Keamanan

Gejala :

a. Kulit gatal

b. Ada/berulangnya infeksi

Tanda :

a. Pruritus

b. Demam, normotermia dapat secara aktual terjadi peningkatan pada pasien yang mengalami suhu tubuh lebih rendah dari normal.

c. Petekie, area ekimosis pada kulit

10. Seksualitas

Gejala :

a. Penurunan libido, amenorea, infertilitas.

11. Interaksi sosial

Gejala :

- a. Kesulitan menentukan kondisi, contoh tidak mampu bekerja, mempertahankan fungsi peran biasanya dalam keluarga

12. Penyuluhan/Pembelajaran

Gejala :

- a. Riwayat DM keluarga (resiko tinggi untuk gagal ginjal), nefritis herediter, kalkulus urinaria, malignasi.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah cara mengidentifikasi, memfokuskan dan mengatasi kebutuhan spesifik pasien serta respon terhadap masalah actual dan resiko tinggi. Label diagnosa keperawatan memberi format mengekspresikan bagian identifikasi masalah dari proses keperawatan (Doenges, 2010).

Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien Gangguan Elektrolit Menurut Nanda (2015-2017) yaitu :

- a. Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh berhubungan dengan Faktor Biologis
- b. Mual berhubungan dengan Distensi Lambung
- c. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Cidera Biologis
- d. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Halangan lingkungan (mis, bising, pajanan cahaya/gelap, suhu/kelembapan, lingkungan yang tidak dikenal

3. Perencanaan

Perencanaan adalah penentuan tujuan dari rencana keperawatan yang disusun untuk membantu pasien mengatasi masalah yang sudah di diagnosa (Smeltzer dan Bare, 2010).

Rencana tindakan keperawatan merupakan langkah ketiga dalam proses keperawatan. Setelah merumuskan diagnosa keperawatan perlu dibuat perencanaan intervensi keperawatan dan aktivitas keperawatan.

Tujuan perencanaan adalah mengurangi, menghilangkan dan mencegah masalah keperawatan pasien. Tahapan perencanaan keperawatan adalah menentukan prioritas, merumuskan tujuan atau sasaran dari perumusan kriteria hasil yang diinginkan, menentukan rencana intervensi, menuliskan rencana intervensi.

Adapun diagnosa keperawatan asuhan keperawatan yang merumuskan berdasarkan kemungkinan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien gangguan elektrolit (hiponatermia) menurut *Nursing Outcomes Classification (NOC) by Mosby (2013)*, dan *Nursing Interventions Classification (NIC) by Mosby (2013)*. sebagai berikut :

4. Pelaksanaan

Penatalaksanaan atau implementasi adalah aktualisasi dari rencana perawatan melalui intervensi keperawatan (Smeltzer dan Bare, 2010).

Tindakan keperawatan atau implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan oleh perawat dan pasien. Hal-hal yang harus diperhatikan ketika melakukan implementasi sesuai dengan rencana intervensi dan rencana setelah divalidasi, penguasaan keterampilan interpersonal, intelektual dan tehnikal intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, kemampuan fisik, psikologis dilindungi dan dokumentasikan keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan.

Tindakan keperawatan atau implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan oleh perawat dan pasien. Ada tiga fase implementasi keperawatan yaitu fase persiapan pasien dan lingkungan. Kedua fase operasional merupakan puncak implementasi dengan berorientasi pada tujuan implementasi dapat dilakukan dengan intervensi independen atau mandiri, serta interdependen atau sering disebut intervensi kolaborasi. Bersamaan dengan ini perawat tetap melakukan *going assessment* yang berupa pengumpulan data yang berhubungan dengan reaksi pasien termasuk reaksi fisik,

psikologis, sosial, dan spiritual. Ketiga fase terminasi merupakan perawat dengan pasien setelah implementasi dilakukan.

Hal-hal yang harus diperhatikan ketika melakukan implementasi adalah intervensi dilaksanakan sesuai dengan rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan keterampilan, interpersonal, intelektual dan tehnikal, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan psikologis dilindungi dan dokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan.

Pelaksanaan adalah implementasi atau penerapan tindakan-tindakan keperawatan yang telah direncanakan. Pada tahap ini ada beberapa yang perlu dikerjakan, antara lain :

- a. Melaksanakan tindakan-tindakan keperawatan yang ada dalam rencana
- b. Mengisi format asuhan keperawatan

Beberapa prioritas keperawatan yang diterapkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien gangguan elektrolit (Hiponatremia) menurut Doenges (2010) adalah kelemahan secara tiba-tiba, mual dan kram

perut dan berdampak bisa lebih menimbulkan tanda dan gejala yang lebih berat lagi.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah penentuan dari respon pasien terhadap intervensi keperawatan dan sejauh mana tujuan sudah di capai (Smeltzer dan Bare, 2010).

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan yang merupakan aktivitas berkesinambungan dari tahap awal (pengkajian) sampai tahap akhir (evaluasi) dan melibatkan pasien dan keluarga. Evaluasi terdiri dari evaluasi proses untuk menilai apakah prosedur dilakukan sesuai dengan rencana dan evaluasi hasil berfokus pada perubahan perilaku dan keadaan kesehatan pasien sebagai hasil tindakan keperawatan. Ada tiga alternative dalam menafsirkan hasil evaluasi yaitu :

a. Masalah teratasi

Masalah teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan laku dan perkembangan kesehatan sesuai dengan kriteria pencapaian tujuan yang ditetapkan.

b. Masalah sebagian teratasi

Masalah sebagian teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan dan perkembangan kesehatan hanya sebagian dari kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

c. Masalah belum teratasi

Masalah belum teratasi jika pasien samasekali tidak menunjukkan perubahan perilaku dan perkembangan kesehatan atau bahkan timbul masalah baru (Nursalam, 2010).

Evaluasi yang diharapkan pada pasien gangguan elektrolit (Hiponatemia) menurut Doenges (2010) adalah tanda-tanda vital dalam batasan normal, turgor kulit normal, tidak ada muntah, tidak ada kram perut, dan tidak ada muncul tanda dan gejala yang lain yang memberatkan.

Evaluasi dilakukan dengan melihat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan dengan memperhatikan tujuan dan kriteria hasil; yang diharapkan. Evaluasi bisa bersifat formatif yaitu dilakukan secara terus-menerus untuk melihat hasil yang telah dicapai dan bersifat sumatif yaitu dilakukan sekaligus pada akhir semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

6. Dokumentasi

Dokumentasi memberikan catatan tentang penggunaan proses keperawatan untuk memberikan perawatan secara individual. Pengkajian awal dicatat dalam riwayat atau data dasar pasien. Diagnosa dari masalah/kebutuhan pasien, dan

perencanaan asuhan keperawatan pasien dicatat dalam rencana perawat. Implementasi dari perencanaan dicatat dalam catatan kemajuan. Evaluasi asuhan dicatat dalam catatan kemajuan atau catatan perawat.

Dokumentasi bukan hanya persyaratan untuk akreditasi tetapi juga merupakan catatan permanen tentang apa yang terjadi dengan setiap pasien. Dokumentasi ini merupakan persyaratan legal dalam setiap lingkungan kesehatan (Doenges, 2010).

No	Diagnosa Keperawatan	NOC (Nursing Outcomes Classification)	NIC (Nursing Interventions Classification)
1	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Faktor Biologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3X16 jam diharapkan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dapat teratasi dengan Kriteria Hasil :</p> <p>1. Status Nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> Asupan Makanan (5) Asupan Cairan (5) Energi (5) Asupan Gizi (5) Hidrasi (5) <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Sangat menyimpang dari rentang normal Banyak menyimpang dari rentang normal Cukup menyimpang dari rentang normal Sedikit menyimpang dari rentang normal Tidak menyimpang dari rentang normal. 	<p>1.1. Manajemen Nutrisi</p> <p>Aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasikan adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien. Instruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi Berikan pilihan makanan sambil menawarkan bimbingan terhadap pilihan makanan yang lebih sehat. Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan (misalnya, bersih, berventilasi, santai, bebas dari bau yang menyengat) Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan. Pastikan diet mencakup makanan tinggi kandungan serat untuk mencegah konstipasi. Anjurkan pasien untuk duduk pada posisi tegak, jika memungkinkan. <p>1.2. Manajemen Cairan</p> <p>Aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tentukan jumlah dan jenis <i>intake</i>/ asupan cairan serta kebiasaan eliminasi. Tentukan faktor-faktor resiko yang mungkin menyebabkan ketidakseimbangan cairan(misalnya, kehilangan albumin,luka bakar, malnutrisi, sepsis, sindrom nefrotik, hipertermia, terapi diuretik, patologi ginjal, gagal jantung, disfungsi hati, olah raga berat, paparan panas, infeksi, paska operasi, poliuria, muntah,dan diare) Monitor asupan dan pengeluaran Monitor tekanan darah, denyut jantung, dan status pernapasan Monitor membran mukosa, turgor kulit, dan respon haus. Berikan cairan yang tepat
2	Mual berhubungan dengan Distensi Abdomen	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3X16 jam diharapkan masalah mual dapat teratasi dengan Kriteria Hasil :</p> <p>2. Mual dan Muntah : Efek yang mengganggu</p> <ol style="list-style-type: none"> Asupan cairan menurun (5) Asupan makanan berkurang (5) Kehilangan selera makan (5) Perubahan status nutrisi (5) Penurunan berat badan Malaise 5 <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Parah Banyak Cukup 	<p>2.1. Manajemen Mual</p> <p>Aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> Dorong pasien untuk memantau pengalaman diri terhadap mual. Dorong pasien untuk belajar strategi mengatasi mual sendiri Identifikasikan faktor-faktor yang dapat atau berkontribusi terhadap mual. Tingkatkan istirahat dan tidur untuk memfasilitasi pengurangan mual. Ajari penggunaan teknik nonfarmakologi (misalnya, relaksasi, terapi music, distraksi) untuk ngatasi mual. Dorong pola makan dengan porsi sedikit

		<p>4. Sedikit 5. Tidak Ada</p>	<p>makanan yang menarik bagi pasien yang mual.</p>
3	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Cidera Biologis</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3X16jam diharapkan masalah nyeri akut dapat teratasi dengan Kriteria Hasil :</p> <p>3. Kontrol Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengenal kapan nyeri terjadi (5) Menggambarkan faktor penyebab (5) Menggunakan tindakan pencegahan (5) Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgetik (5) Melaporkan nyeri terkontrol (5) <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tidak pernah menunjukkan Jarang menunjukkan Kadang-Kadang menunjukkan Sering Menunjukkan Secara Konsisten Menunjukkan 	<p>3.1. Manajemen Nyeri</p> <p>Aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif yang meliputi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri, faktor pencetus. Gali bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri. Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur. Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan mengatasi nyeri dengan tepat. Ajarkan penggunaan nonfarmakologi (seperti, relaksasi, distraksi, terapi musik,dll) Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. <p>3.1.2. Monitor Tanda-Tanad Vital</p> <p>Aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan dengan tepat. Monitor dan laporkan tanda gejala hipotermi dan hipertermi Monitor warna kulit, suhu, kelembaban. Identifikasikan kemungkinan penyebab perubahan tanda-tanda vita. Monitor keberadaan dan kualitas nadi
4	<p>Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Halangan lingkungan (mis, bising, pajanan cahaya/gelap, suhu/kelembapan, lingkungan yang tidak dikenal</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3X16 jam diharapkan masalah Gangguan pola tidur dapat teratasi dengan Kriteria Hasil :</p> <p>4.1</p> <ol style="list-style-type: none"> Jam tidur (5) Pola tidur (5) Kualitas tidur (5) Efisiensi tidur (5) Kesulitan memulai tidur (5) <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Sangat terganggu Banyak terganggu Cukup terganggu Sedikit terganggu Tidak terganggu 	<p>4.1. Peningkatan tidur</p> <p>Aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tentukan pola tidur/aktivitas pasien. Jelaskan pentingnya tidur yang cukup selama kehamilan, penyakit, tekanan psikososial, dll. Monitor pola tidur pasien dan jumlah tidur pasien Sesuaikan lingkungan (misalnya, cahaya,kebisingan,suhu,kasur,d an tempat tidur) Bantu untuk menghilangkan situasi stres sebelum tidur Bantu meningkatkan jumlah jam tidur, jika diperlukan Anjurkan untuk tidur siang di siang hari, jika indikasi untuk memenuhi kebutuhan tidur

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian	32
B. Diagnosa Keperawatan	53
C. Perencanaan.....	54
D. Pelaksanaan	62
E. Evaluasi.....	74

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian	85
B. Diagnosa Keperawatan	89
C. Perencanaan.....	91
D. Pelaksanaan	93
E. Evaluasi.....	94

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS

MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Hasil pengkajian subjektif dan objektif pada Bapak B adalah pasien mengatakan pasien kurang nafsu makan dan pasien mengatakan terkadang pasien demam dan menggigil, pasien mengatakan nyeri ulu hati. Pasien lemah dan hanya terbaring ditempat tidur Tekanan darah : 130/80 mmHg, Nadi : 78 kali/menit, S : 38° C, RR : 20 kali/menit.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa yang muncul pada asuhan keperawatan ini ada delapa diagnosa keperawatan yaitu diagnosa risiko kekurangan volume cairan dengan faktor resiko faktor yang mempengaruhi kebutuhan cairan, diagnosa selanjutnya ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, kemudian diagnosa yang mual berhubungan dengan distensi abdomen, kemudian diagnosa yang nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, hipertermia berhubungan dengan penyakit kemudian diagnosa selanjutnya gangguan pola tidur berhubungan dengan Halangan lingkungan (mis, bising,

pajanan cahaya/gelap, suhu/kelembapan, lingkungan yang tidak dikenal, kemudian untuk diagnosa selanjutnya defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, dan diagnosa yang terakhir yaitu hambatan religiositas.

3. Perencanaan

Perencanaan yang dilakukan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan saat pengkajian, tidak terdapat kesenjangan antara perencanaan secara teori maupun secara kejadian di lapangan pada diagnosa yang sama. Pada diagnosa yang tidak sama perencanaan disesuaikan dengan masalah yang ada.

4. Pelaksanaan/Implementasi

Pelaksanaan yang dilakukan disesuaikan dengan intervensi atau perencanaan yang telah ditentukan ditemukan hambatan dalam proses pelaksanaan dikarenakan keterbatasan waktu penelitian yang hanya tiga hari sehingga semua masalah yang ada pada diagnosa tidak teratasi dikarenakan pasien masih memerlukan perawatan untuk pemulihan kondisinya.

5. Evaluasi

Hasil asuhan keperawatan menunjukkan bahwa dari tujuh diagnosa hanya ada 3 diagnosa yang sebagian teratasi yaitu diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera

biologis, hipertermia berhubungan dengan Penyakit dan gangguan pola tidur berhubungan dengan Halangan lingkungan (mis, bising, pajanan cahaya/gelap, suhu/kelembapan, lingkungan yang tidak dikenal, kemudian ada satu diagnosa yan teratsi yaitu diagnosa hambatan religisitas berhubungan dengan Penyakit/sakit

B. Saran

1. Kepada Institusi Pendidikan

Diharapkan agar institusi lebih dapat meningkatkan mutu mahasiswa melalui bimbingan yang lebih intensif dalam melakukan asuhan keperawatan dilapangan khususnya untuk asuhan keperawatan gangguan elektrolit (Hiponatermia) agar mahasiswa dapat lebih mudah memahami dan melakukan asuhan keperawatan yang sesuai dengan standar pelayanan keperawatan.

2. Bagi Rumah Sakit

Dalam hal meningkatkan mutu asuhan keperawatan, maka diharapkan bagi rumah sakit dapat melengkapi segala fasilitas kesehatan dalam hal pemeriksaan penunjang terhadap pasien guna mendukung tindakan keperawatan agar dilaksanakan tanpa ada hambatan.

3. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan di masa yang akan datang dapat mengembangkan Karya Tulis Ilmiah khususnya pada masalah pasien yang mengalami gangguan elektrolit (Hiponatermia) sesuai dengan teori yang ada.

DAFTAR PUSTAKA

- Bulechek, Gloria, dkk.(2013). *Nursing Intervention Classification (NIC)*. Edisi 6. . Elsevier Inc.
- Doenges.M. (2010). *Nursing Diagnosis Manual. Nursing diagnosis manual: planning, individualizing, and documenting client care*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Herdman. T. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017*. Edisi 10. Jakarta: EGC.
- Moorhead, S. dkk. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Edisi 5. Elsevier Inc
- Nursalam. (2010). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Salemba Empat, Humanika. Medika.
- Price, Sylvia. (2006). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. Vol.1. Edisi 6. Jakarta: EGC.
- Setiadi. (2012). *Konsep & Penulisan Dokumentasi Keperawatan*. Jogjakarta: Graha Ilmu.
- Smeltzer dan Bare (2010), *Textbook of Medical Surgical Nursing*. Edisi 2. Jakarta: EGC.

Sriwaty. (2007). *Prevalensi dan Distribusi Gangguan Elektrolit Pada Lanjut Usia di Bangsal Penyakit Dalam RSUP. Dr. Kariadi Semarang*. Artikel Ilmiah, Semarang, Indonesia: Universitas Dipenorogo Semarang.

Upoyo, A.dkk. (2015). *Gambaran Elektrolit (Natrium-Kalium Serum) Penderita Diabetes Mellitus di RS Prof Dr Magono Soekarjo Purwokerto*. Jurnal Kesehatan "Samoedra Ilmu", 6(1), 35.

Yaswir dan Ferawati. (2012). *Fisiologi dan Gangguan Keseimbangan Natriu, Kalium, Klorida, Serta Pemeriksaan Laboratorium*. Jurnal Kesehatan Andalas. 1(2).80-83.